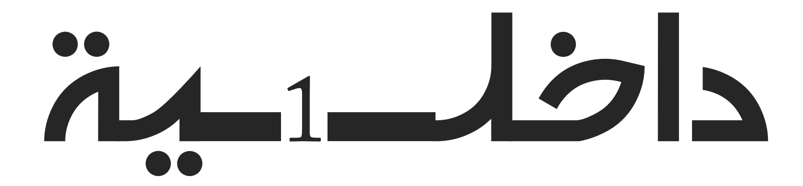
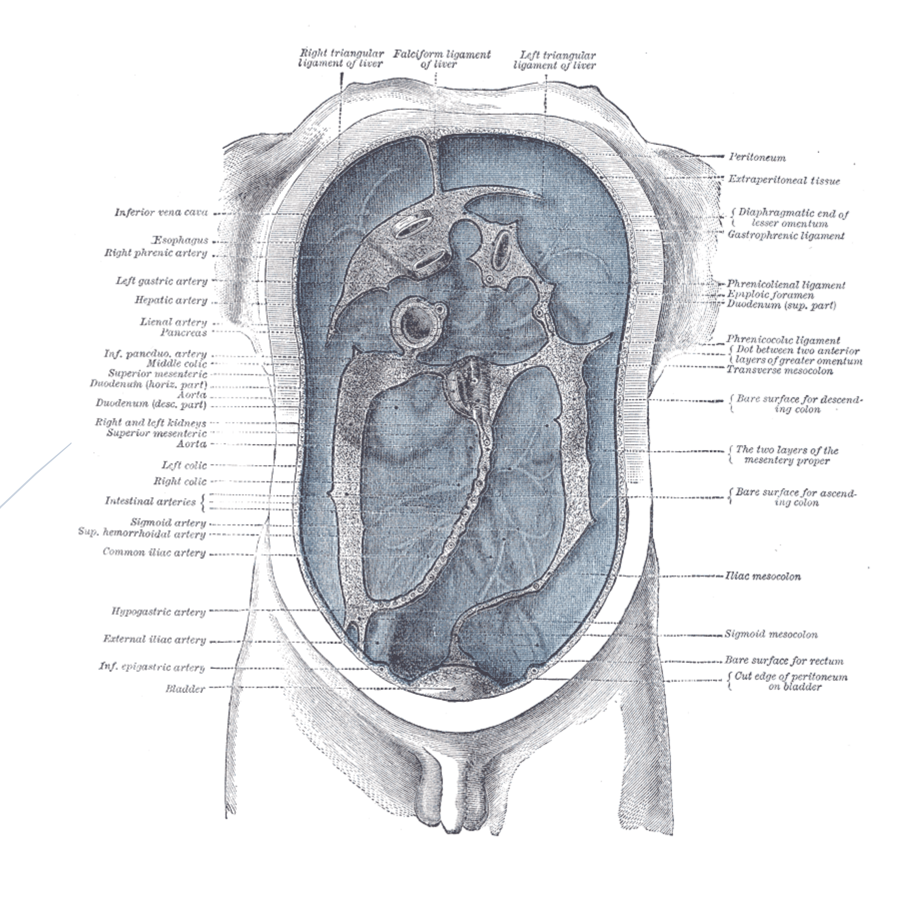


د.بشير ميض

Diseases of the peritoneum

أمراض البريتوان





أمراض البريتوان

- البريتوان هو النسيج المتوسطي الذي يبطن الجوف البريتواني و يحتوي على الأحشاء .
- البريتوان الجداري يبطن الجوف البطني ، الحجاب الحاجز ، الحوض .
- البريتوان الحشوي يغطي الأعضاء داخل الجوف البريتواني ، و يشكل المساريقا التي تكون منفصلة عنها .

التهاب البريتوان :

- التهاب البريتوان يتضمن التهاب معمم و التهاب موضعي للبريتوان الحشوي ، و البريتوان الجداري .
- و يمكن تصنيف التهاب بريتوان إلى أولي أو ثانوي :

1. التهاب البريتوان الأولي :

يتضمن وجود عدوى عفوية مع غياب وجود أي مصدر داخل البطن لها . التهاب البريتوان العفوي البكتيري ، أو التهاب البريتوان دون وجود مصدر جراحي معروف ، هو السبب الأكثر شيوعاً لالتهاب البريتوان الأولي . و يسيطر هذا النمط عند مرضى تليف الكبد ، و مرضى الحبن ، كما قد يصيب المرضى المصابين بحبن ناتج عن المتلازمة الكلائية .
التهاب الكبد الأولي عند غياب تليف الكبد ، و الداء الكلائي هو أقل شيوعاً و يحدث عادة عند الأطفال .

العلاج : يعالج دون التدخل الجراحي ، باستخدام الصادات الحيوية الموجهة ضد العضيات التي سببته.

2. التهاب البريتوان الثانوي (الجراحي) :

- هو نتيجة عملية التهابية ثانوية في الجوف البريتواني ، نتيجة التهاب ، تمزق ، غنغرينا لبنى داخل أو خلف البريتوان .
- و من أنواع التهاب البريتوان الثانوي : التهاب البريتوان الحاد القيحي ، التهاب البريتوان الحبيبي ، و التهاب البريتوان الكيميائي (العقيم) .

- **أسباب التهاب البريتوان الغير جراحية:**

1. التهاب البريتوان الجرثومي العفوي.
2. تمدد البريتوان المزمن الناجم عن المشي.
3. المتفطرات السلية .
4. المكورات البنية ، الكلاميديا التراخومية (متلازمة فتيز – هيو – كرتيس).
5. حالات نادرة : لتهاب الشرايين العقدي، الذئبة الحمامية الجهازية، تصلب الجلد، حمى البحر الأبيض المتوسط.

التهاب البريتوان الحاد القيحي :

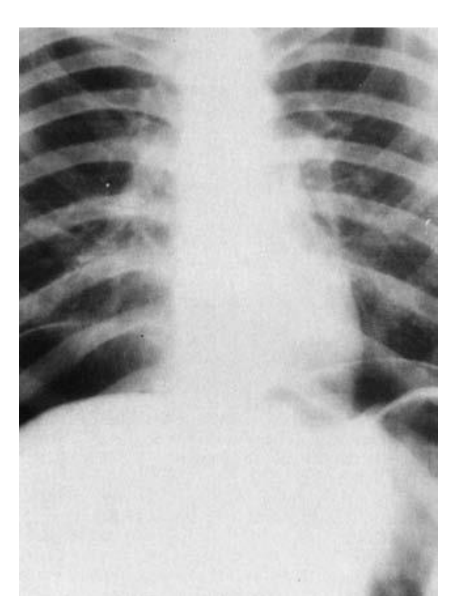
المسببات الأكثر شيوعاً هي :

انتقال محتويات الأمعاء إلى تجويف البريتوني نتيجة للمرض داخل البطن الأساسي (مثل : قرحة معدية نافذة ، التهاب الزائدة الدودية ، التهاب الرتوج ، والسرطانة الثاقبة) ، الصدمة النافذة ، انثقاب ناجم عن سبب علاجي بعد "التدخل بالأجهزة" ؟ أو العلاج الشعاعي .

التظاهرات السريرية :

- الألم البطني الذي يبدأ فجأة هو العرض المسيطر إذا ترافق مع انثقاب حشوي .
- فحص البطن لمريض التهاب البريتوان المعمم يكشف تمدد ، و أصوات الأمعاء ضعيفة أو غائبة.
- نلاحظ أيضاً : مضض ، و حماية البطن بالعضلات البطنية هي الأعراض الأهم .
- الألم المرتد : و يعرف بأنه ألم مفاجئ و حاد ينتج عند رفع اليد بعد جس عميق ، و يوصف عادة بأنه مساعد في تشخيص التهاب البريتوان الحاد.
- الأعراض المترافقة مع التهاب بريتوان حاد قيحي تضمن القهم ، الغثيان و الإقياء ، حمى (38 – 40) درجة ، و علامات نقص حجم الدم (تسرع القلب ، جفاف الأغشية المخاطية و انخفاض الضغط).
- الموجودات التشخيصية النموذجية تتضمن ارتفاع عدد الكريات البيض .
- التصوير الشعاعي غير نوعي هنا ، مع وجود دليل على علوص شللي في الأمعاء الدقيقة و الغليظة .
- قد يمكن رؤية غاز حر تحت الحجاب الحاجز ، في صورة الصدر إذا كان السبب هو تمزق الأحشاء .
- التصوير الطبقي المحوري يعتبر أكثر حساسية لتحديد وجود هواء حر ، و الحساسية تقارب 70% حتى 100% .

صورة صدر توضح الغاز الحر تحت الحجاب الحاجز بعد انثقاب القرحة العفجية .



المسير المرضي و الاختلاطات :

- عادة التهاب البريتوان القيحي تكون بدايته مفاجئة و مدة سير المرض قصيرة نسبية مع تطور سريع .
- الوفيات نتيجة انتقال السوائل و التسمم الجهازي الداخلي ، و الذي قد يسبب نقص الحجم ، و الصدمة الإنتانية .
- التشخيص الباكر و التدخل الجراحي الموجه و التعامل المضاد له قبل و بعد العملية هو أساسي لتخفيض الإمراضية و الوفيات الناجمة عن فشل أجهزة الجسم ناجم عن التهاب بريتوان غير معالج .

العلاج

- العلاج الخاص به يتضمن إعادة الإنعاش مع إدخال سوائل عبر الوريد لإعادة ضبط الوضع الفيزيولوجي للجسم ، كما تستخدم الصادات الحيوية واسعة الطيف ، و العلاج الجراحي هو الأصل في ضبط تلوث البريتوان و إعادة تروية الجوف البريتواني .
- إعادة الإنعاش تتضمن حقن محاليل "عالية التوتر؟؟" ، (مثل محلول رينجر) بشكل سريع لضبط حالة نقص الحجم و عدم التوازن الشاردي داخل الجسم .

- علينا المراقبة بحذر للاستجابة أثناء الحقن السريع للسوائل ، خصوصاً إذا كان نقص الحجم كبيراً و كان علينا التعويض بأحجام كبيرة من السوائل ،أو كان لدى المريض خلل في أحجام حجرات القلب.
- إضافة الأوكسجين للتغلب على حالة نقص الأكسجة و التي تكون موجودة ، كما علينا الإنتباه للطريق الأنفي المعدي لإزالة الضغط في المعدة .
- حتى يكون علاج التهاب البريتوان فعالاً ، العلاج بالصادات الحيوية يجب أن نبدأ به قبل العمل الجراحي مع الإستمرار بعده .
- إضافة إلى ذلك ، العلاج بالصادات الحيوية واسعة الطيف يجب أن يكون موجهاً ضد العوامل الممرضة الهوائية و اللاهوائية معاً.
- المشاركة بين الأمينوغليكوزيدات (جينتامايسين ، أو التوبرامايسين) مع الكلايندامايسين لقد تم اعتبارها المعيار الذهبي منذ فترة طويلة ، في علاج الإنتانات داخل البطن .
- لكن علينا الانتباه للسمية الكلوية التي قد تحصل ، لتقييم كل عامل من العوامل المسببة لها (مثل ، السفالوسبورينات من الجيل الثالث ،البنسلينات واسعة الطيف مع مثبطات البيتا لاكتاماز و الكاربانيمات) في علاج الإنتانات داخل البطن .
- الصادات الحيوية تساعد على علاج أو منع تجرثم الدم المميت ، لكن لا تشفي أغلب المرضى المصابين بالتهاب البريتوان الجراحي ، إلا اذا تم التدخل الجراحي .
- التدخل الجراحي السريع هو الأساس في العلاج .
- الفشل في إزالة التهاب البريتوان الثانوي بعد علاج ملائم بالصادات الحيوية ، أو عودة التهاب البريتوان يصطلح ب "التهاب البريتوان الثالثي "

الإنذار :

- بغض النظر عن الطريقة الحديثة لتشخيص و علاج التهاب البريتوان الجراحي ، الوفيات تبقى عالية في بعض فئات المرضى ، خصوصاً الكبار في السن ، و المرضى الذين يعانون من فشل أجهزة متعدد قبل حصول التهاب البريتوان .
- بشكل عام ، الوفاة المتعلقة بالتهاب البريتوان تعادل 14% ، لكن مع وجود قرحة عفجية منثقبة و التهاب زائدة دودية لن تنخفض معدلات الوفيات عن 10% ، أما التهاب البريتوان الثالثي فمعدل الوفيات يقارب ال 50% .





التهاب البريتوان الحبيبي

- التهاب البريتوان الحبيبي يتميز بالتهاب بريتوان يترافق مع تشكل نسيج حبيبي و حدوث العديد من الالتصاقات .
- أكثر ما يشاهد في التهاب البريتوان السلي .
- و بشكل أقل شيوعاً لأسباب فطرية (الكانديدا ، الهيستوبلاسما) ، لأسباب طفيلية أو أميبية .
- الاسباب الدوائية قد تكون بسبب مواد تشحيم الكفوف المطاطية" (بودرة التالك ، نشاء الذرة) ، أو ألياف السيللوز من الشاش أو السواتر الجراحية أو الأردية داخل البريتوان .

التهاب البريتوان السلي

إضافة للمرضى المصابين بالإيدز ، مجموعات أخرى تعد في مرحلة خطورة تشمل سوء التغذية، والمرضى الضعاف، المرضى الذين يحتاجون إلى غسيل الكلى البريتوني المتنقلة، والذين يعانون من تليف الكبد، ومرض السكري، أو خباثة .

الإمراضية :

- التهاب البريتوان السلي هو شكل من أشكال السل البطني ، الذي قد يصيب الثرب ، السبيل المعوي ، الطريق التناسلي الأنثوي إضافة إلى البريتوان الحشوي و الجداري .
  عادة ما يرتبط التهاب البريتوان السلي مع سل أولي مركز في مكان آخر من الجسم .
- هذا الشكل المركز هو عادة الرئة ومع ذلك، فقط حوالي ثلث الحالات يكون له دليل سريري أو الشعاعي عن مرض السل الرئوي.
  العضية الممرضة (المتفطرة السلية) ، يمكنها الدخول إلى التجويف البريتوني عبر إحدى الطرق الثلاثة التالية :

1. من الأمعاء المريضة .
2. من التهاب البوق السلي .
3. عبر الانتشار الدموي من البؤرة الرئوية (وهو الأكثر شيوعا) .

.



المظاهر السريرية :

- عموما، بداية هو صامتة ، مع أكثر من 70٪ من المرضى بعد زيارتهم كان لديهم أعراض قبل تشخيص نهائي، لمدة أكثر من 4 أشهر.
- الأعراض الأكثر شيوعا تشمل الحمى، وفقدان الشهية، والضعف، والشعور بالضيق، وفقدان الوزن.
- قد يحدث انتفاخ البطن إما بسبب حبن أو انسداد جزئي .
- خلال الفحص، نلاحظ مضض منتشر في البطن عند معظم المرضى .ومع ذلك، ونادرا ما نجد البطن العجينية الملمس .
- يجب الشك بالتهاب البريتوان السلي ذو المخاطر العالية ، أو عند المرضى ناقصي المناعة الذين لديهم حبن و حمى، و أعراض معممة غير مبررة، و ألام بطنية و مضض .

الدراسات التشخيصية :

- غالبا تشخيص التهاب البريتوان السلي يكون عن طريق موجودات أثناء تنظير البطن أو فتح البطن
- فحص السائل البريتوني قد يكون مفيداً .
- معظم المرضى لديهم عدد الكريات البيض أعلى من 250 خلية \ مم3 وكثرة خلايا السائل لمفاوي نسبياً .

تصنيفات للحبن عن طريق قياس تدرج ألبومين المصل :

HIGH GRADIENT ⩾1.1 g/dL (11 g/L)	LOW GRADIENT <1.1 g/dL (11 g/L)
Alcoholic hepatitis	Biliary ascites
Budd-Chiari syndrome	Bowel obstruction or infarction
Cardiac ascites	Nephrotic syndrome
Cirrhosis	Pancreatic ascites
Fatty liver of pregnancy	Peritoneal carcinomatosis
Fulminant hepatic failure	Postoperative lymphatic leak
Massive liver metastases	Serositis in connective tissue diseases
"Mixed" ascites Myxedema	Tuberculous peritonitis
Portal vein thrombosis	
Sinusoidal obstruction syndrome	

- إن فتح البطن مع خزعة يعتبر المعيار الذهبي في تشخيص التهاب البريتوان السلي و ذلك لأنهما ذوي حساسية تبلغ 100% و معدل اختلاطات منخفض .
- ومن المهم تأكيد التشخيص المشتبه به عبر إجراء خزعة مفتوحة أو بمساعدة خزعة تنظيرية قبل وضع المريض على نظام الحمية العلاجة على المدى الطويل مع العلاج متعدد العوامل .

مسير المرض و العلاج:

- التوصيات الحالية لالتهاب البريتوان السلي هي اتباع المبادئ الرئيسية في علاج السل الرئوي.
- ويكون العلاج بحمية من الإيزونيازيدات، ريفامبين، بيرازيناميد، وإيثامبوتول لمدة 6 أشهر.
- وينبغي أن يكون العلاج لفترات طويلة للمرضى الذين يظهرون استجابة بطيئة للعلاج.
- وإن لم يكن ثبت ذلك تجريبيا، فقد تكون الستيرويدات القشرية لمدة 2- 3 أشهر مفيدة في منع تشكيل التصاقات ليفية كثيفة، و التي قد تؤدي إلى انسداد الأمعاء

التهاب البريتوان بالكلاميديا

- متلازمة ، فيتز هيو كورتيس، أو التهاب البريتوان المحيط بالكبد ، كان سابقاً يترافق بشكل شائع مع النيسيريا البنية . لكن في السنوات الأخيرة ازداد تدخل الكلاميديا بإحداث التهاب البريتوان المحيط بالكبد .
- التهاب البريتوان بالكلاميديا ، يحدث فقط عند النساء ، نظراً لتكاثر البكتيريا لداخل الجوف البريتواني مصدرها قناة فالوب .
- الأعراض التي تظهر عند المرضى تشمل حبن ذو مصدر التهابي ، و ألم في الربع العلوي الأيمن من البطن ، حمى ، احتكاك كبدي .
- اذا كان هناك سائل حبن كافي ليُكتشف سريرياً ، فهناك ارتفاع في عدد الكريات البيض على حساب المعتدلات ، و ارتفاع في البروتين يتجاوز ال 9 غ\دل .
- تنظير البطن مساعد جداً في تأكيد التشخيص ، كشف التصاقات "خيوط الكمان" ، "حجاب العروس" من الجدار البطني إلى الكبد .
- الدوكسي سلين عادة شافي للمرض.

أورام البريتوان

الأورام المنتقلة إلى البريتوان :

- السرطان النقائلي هو أكثرأورام البريتوان شيوعاً .
- تم مؤخراً افتراض أن الورم لا يسبب حبن إلاعندما تبطن الخلايا الخبيثة الجوف البريتواني (مثل النقائل السرطانية للبريتوان) ، أو تكون (الأورام خارج البريتوان و الأورام المتضمنة نقائل كبدية كبيرة و سرطانة الخلية الكبدية مع أو بدون تشمع و انسداد عقدة لمفية خبيث كما في ورم العقدة اللمفية) مترافقة مع حبن .

توضح الصورة التالية عملية جراحية لسرطان منتشر في البيرتوان :



- الأورام التي تنتقل انتقائياً إلى البريتوان هي : السرطانة الغدية في : المبيض ، المعدة ، الكولون ، الثدي ، البنكرياس ، الرئة و أيضاً ورم العقد اللمفية و أورام اللحمة (الساركوما) الأخرى .



التظاهرات السريرية :

- الحبن عادة يظهر عند المرضى كدليل على تقدم المرض الذي سببه ورم معروف ذو عبء كبير ، أكثر من كونه أحد المظاهر الأولية للسرطان .
- إن فقدان الوزن و الألم البطني و الشبع الباكر تعتبر مظاهر شائعة أيضاً .

العلاج :

- البزل العلاجي المخفف للأعراض هو الأساس في العلاج عند أغلب مرضى سرطان البريتوان المنتشر .
- يجب إعطاء المدرات للمرضى الذين تظهر لديهم وذمة أو بعض الأعراض النوعية غير سرطان البريتوان المنتشر .

الإنذار :

- الإنذار سيء للغاية بشكل عام .
- كانت نتيجة الدراسات الواسعة أن فقط 70% من المرضى نجو لشهر واحد فقط ،و 25% نجو لـ3 أشهر ، و 12% نجو لـ6 شهور ، و 4% نجو لأكثر من سنة بعد التشخيص .
- طريق المرض يتضمن النكس ، انسداد أمعاء متقدم ، سوء تغذية و هُزال قبل الموت .

ورم الظهارة المتوسطة

إن 65% حتى 70% من أورام الظهارة المتوسطة تنشأ من غشاء الجنب، و 25% من البريتوان .
أغلب أورام الظهارة المتوسطة بريتوانية المنشأ تكون خبيثة ،و تكون مترافقة بالتعرض لمادة" الاسبستوس الاسمنتية" ، و يتم كشفها بعد 35 إلى 40 سنة من التعرض الداخلي لها .
العائلات التي تحوي عمال يتعاملون مع الأسبستوس هم عرضة للخطر أيضاً .
التشخيص يتم عادة بفتح البطن أو بتنظير البطن ، لكن أحيانا يظهر تشخيص خلايا الظهارية المتوسطة الخبيثة عند تحليل سائل الحبن .